

RECEIVED & FILED

2020 SEP 16 PM 4:54

CLERK OF COURT
JULIO R. RIVERA
SAN JUAN, P.R.

14 de septiembre de 2020

Respetables profesionales:

Mediante esta misiva se refiere que la reclamación # 38154 contiene la evidencia de una carta con la fecha del retiro laboral de la reclamante, mas debido a diversos asuntos administrativos, no se pudo efectuar la jubilación en la fecha estipulada. Por tal razón, se sometió la solicitud # 174164 con las evidencias de la jubilación actualizada. La reclamante solicita que se honren los derechos adquiridos como exempleada del Departamento de Educación y se le pague los días acumulados por enfermedad. Véanse los documentos adjuntados.

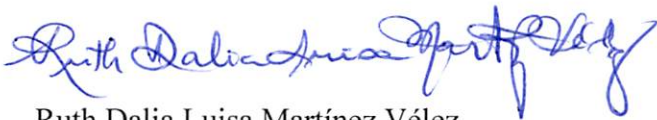
Cualquier información adicional al respecto, favor de comunicarse a:

Ruth Dalia Luisa Martínez Vélez

PMB 506 609 Avenida Tito Castro Suite 102

Ponce, Puerto Rico 00716-0200

Cordialmente,



Ruth Dalia Luisa Martínez Vélez

080 Dept. de Educacion - Maestros

Avenida Teniente Cesar Gonzalez, Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Page 2 of 9

Desde:	04/06/2018
Hasta:	04/19/2018

Aviso #: 4244668

Fecha Aviso: 04/13/2018

RUTH D MARTINEZ VELEZ	# Empleado:		DATA IMP:	Federal	PR
PO BOX 6387	Dept:	8005104-Ponce Ponce II	Estado Civil:	Married	Claiming no personal exem
PONCE, PR 00733-6387	Lugar:	Ponce High	Concesiones:	0	
	Título:	DEPARTAMENTO DE EDUCACION	Pct. Adcl.:		0
SS: -1637	Sueldo:	\$3,150.00 Monthly	Cant. Adcl.:		

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente Horas	Ingresos	Acumulado Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			1,575.00	444.00	11,025.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	22.83	159.86
						PR Withholding	99.87	699.09
Total:							122.70	858.95
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	141.75	992.25	SM-First Medical Health Plan	21.30	105.30	FSED Disability Plan	26.78	187.46
			SC-AMER FAM LIFE ASS CO	15.21	106.47	SM-First Medical Health Plan	0.00	360.00
			SC-COOP DE SEGUROS DE VIDA	30.72	215.04			
			SC-MULTINATIONAL LIFE INS.	36.13	252.91			
			AS-EDUCAMOS	7.00	49.00			
			OS-AMPR LOCAL SIND NO AFIL	4.25	29.75			
Total:			Total:			* Tributable		
141.75 992.25			114.61 758.47					
TOTAL BRUTO			BRUTO TRIBUT: FED			TOTAL IMPUESTOS		
Corriente:			0.00			256.36		
+ Acumulado:			0.00			1,195.94		
11,025.00			858.95			8,415.33		
DEDUCCIONES TOTALES			PAGA NETA					
Vacacion			Enfermedad			DISTRIBUCION PAGA NETA		
Horas			Horas			Aviso #4244668		
Balance Previo:			Balance Previo:			1,195.94		
0.00			0.00					
+ Acumulado:			+ Acumulado:			Total:		
0.00			0.00			1,195.94		
- Utilizado:			- Utilizado:					
0.00			0.00					
Balance Final:			Balance Final:					
0.00			0.00					

Los balances de licencias corresponden al periodo de:

MENSAJE:

Dept. de Educacion - Maestros
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919

Fecha
04/13/2018

**Aviso No.
4244668**

Cant. Deposito: \$1,195.94

**A la
Cuenta(s) De**

RUTH D MARTINEZ VELEZ
PO BOX 6387
PONCE, PR 00733-6387

Localizacion: Ponce High

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Savings	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	1,195.94
Total:		1.195.94

NO-NEGOCIABLE

MARTINEZ VELEZ, RUTH D ()

[[Cambiar Correo Electrónico](#) - [Cambiar Contraseña SistemaTAL](#) - [Salir](#)]**Menu DE14 Licencias Locales**• **Menu**

- Inicio

• **DE14**

- Crear DE-14
- DE-14 sometidas (90)

• **Licencias Locales**

- Solicitud de Licencias Locales
- Licencias Locales sometidas (0)

Fecha: 05/29/2018

Hora: 02:09:49 PM

Balances de Licencias Disponibles			
Licencias	Días	Horas	Minutos
VACACIONES	31	4	12
ENFERMEDAD	82	1	17

El balance aquí anotado podría variar en caso de que nos notifiquen ausencias incurridas por usted no informadas anteriormente.

• **Menu**

- Inicio

• **DE14**

- Crear DE-14
- DE-14 sometidas (83)

• **Licencias Locales**

- Solicitud de Licencias Locales
- Licencias Locales sometidas (0)

Fecha: 04/24/2018 Hora: 06:56:43 AM

Balances de Licencias Disponibles			
Licencias	Días	Horas	Minutos
VACACIONES	28	5	29
ENFERMEDAD	84	1	0

El balance aquí anotado podría variar en caso de que nos notifiquen ausencias incurridas por usted no informadas anteriormente.

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /
Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

RECEIVED

2018 MAY 29 A 14:29

RECEIVED & FILED
CLERK'S OFFICE

JUL 10 2020

US DISTRICT COURT
SAN JUAN, PR
04/16

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado
Proof of Claim / Evidencia de reclamación

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

Ruth Delia Luisa Martínez Vólez

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

Other names the creditor used with the debtor
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor

<p>2. Has this claim been acquired from someone else?</p> <p>¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. From whom? / Sí. ¿De quién? _____</p>
<p>3. Where should notices and payments to the creditor be sent?</p> <p>Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g)</p> <p>¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?</p> <p>Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)</p>	<p>Where should notices to the creditor be sent? / ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?</p> <p>Where should payments to the creditor be sent? (if different) / ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente)</p> <p><u>Ruth Dalila Luisa Martinez Velez</u> Name / Nombre</p> <p><u>PONB 506 609 Ave. Tito Cuevas Suite 102</u> Number / Número Street / Calle</p> <p><u>Ponce Puerto Rico 00716-0200</u> City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal</p> <p><u>787-651-3829</u> Contact phone / Teléfono de contacto</p> <p><u>alberto.albortdo@yahoo.com</u> Contact email / Correo electrónico de contacto</p>
<p>4. Does this claim amend one already filed?</p> <p>¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) / Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) _____</p> <p>Filed on / Presentada el _____ (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)</p>
<p>5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim?</p> <p>¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? / Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior? _____</p>

Part 2 / Parte 2:

Give Information About the Claim as of the Petition Date

Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.

<p>6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?</p> <p>¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?</p>	<p><input type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/.) / Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/.)</p> <p>_____</p>
<p>7. Do you supply goods and / or services to the government?</p> <p>¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?</p>	<p><input type="checkbox"/> No / No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación:</p> <p>Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: _____</p> <p>List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: / Anote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ _____</p>

8. How much is the claim?

Aproximadamente
\$ 16,000

Does this amount include interest or other charges?

¿Este importe incluye intereses u otros cargos?

☐ No / No

☐ Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A).

Sí. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).

9. What is the basis of the claim?

¿Cuál es el fundamento de la reclamación?

Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.

Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.

Días por exceso de enfermedad

10. Is all or part of the claim secured?

¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?

☐ No / No

☒ Yes. The claim is secured by a lien on property.

Sí. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien.

Nature of property / Naturaleza del bien:

☐ Motor vehicle / Vehículos

☒ Other. Describe:

Otro. Describir:

Días por exceso de enfermedad

Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales: _____

Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.)

Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.

Value of property / Valor del bien: \$ _____

Amount of the claim that is secured /
Importe de la reclamación que está garantizado: \$ _____

Amount of the claim that is unsecured /
Importe de la reclamación que no está garantizado: \$ _____

(The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.)

(La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.)

Amount necessary to cure any default as of the Petition Date /
Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso: \$ _____

Annual Interest Rate (on the Petition Date)

Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso) _____ %

☐ Fixed / Fija

☐ Variable / Variable

11. Is this claim based on a lease?

¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?

☒ No / No

☐ Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date.

Sí. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso: \$ _____

12. Is this claim subject to a right of setoff? ☐ No / No
 ¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?

13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)? ☐ No / No
 ¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?

☐ Yes. Identify the property / Sí. Identifique el bien: _____

☐ Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim. \$ _____
 Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it. FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha. FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

- ☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.
☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.
☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.
☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this Proof of Claim serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta Evidencia de reclamación se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta Evidencia de reclamación y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 5/29/2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma Ruth Dalila Luise Martinez Velez

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name Ruth Dalila Luise Martinez Velez
 First name / Primer nombre Middle name / Segundo nombre Last name / Apellido

Title / Cargo Manager

Company / Compañía _____

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer. Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección PMB 506 409 Ave. Tito Castro Suite 102
 Number / Número Street / Calle

Ponce Puerto Rico 00714-0203
 City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto 787-651-3829 Email / Correo electrónico alberto.albertito@yahoo.com

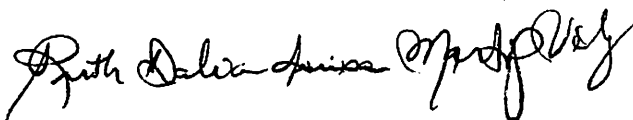
29 de mayo de 2018

A quien pueda interesar:

Certifico que yo, Profa. Ruth Dalia Luisa Martínez Vélez me retiraré del Departamento de Educación de Puerto Rico, efectivo el martes, 31 de julio de 2018. Por tal razón, solicito que me paguen los días por exceso de enfermedad, ya que es un derecho laboral. Y definitivamente, no los agoté por sentido de responsabilidad con mis educandos.

Agradeceré su atención al respecto.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ruth Dalia Luisa Martínez Vélez', written in a cursive style.

Profa. Ruth Dalia Luisa Martínez Vélez